



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite al/los proveedor/es de atención médica enumerados a continuación a divulgar información médica y registros confidenciales. Nota: *La información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/mentales o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Mediante la presente autorizo a: _____
 Nombre y dirección del proveedor de atención médica

A divulgar información sobre mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnósticos o pronósticos, incluyendo radiografías, correspondencia y/o registros médicos enviados por correo, fax u otros medios electrónicos.

Para: _____
 Nombre

 Dirección Ciudad Estado Código postal

 Fax Correo electrónico

La información/registros médicos se utilizarán con el siguiente fin: _____

Esta autorización es:

- Ilimitada (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, tratamiento/diagnóstico de VIH)
- Limitada a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros:

| | |
|--|--|
| Abuso de drogas/alcohol/sustancias _____ (inicial) | Pruebas de anticuerpos contra el VIH _____ (inicial) |
| Psiquiatría/salud mental _____ (inicial) | Diagnóstico/tratamiento de VIH _____ (inicial) |
| Información genética _____ (inicial) | |

DURACIÓN (no puede exceder más de 2 años)

Esta autorización será efectiva de manera inmediata y permanecerá en efecto hasta _____
 Fecha

RESTRICCIONES

No se permiten permisos adicionales para la utilización o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.

Se considerará efectiva y válida como el original una fotocopia o facsímil de esta autorización.

Se me ha informado del derecho a recibir una copia de esta autorización.

 Firma del paciente o representante legal/personal

 Relación si no es el paciente

 Nombre del paciente (EN IMPRENTA)

 Fecha

 Número de seguro social del paciente

 Fecha de nacimiento del paciente

 Nombre del testigo (impresión)

 Firma del testigo